

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THÈSE

N° 20

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

KOZIEBRODZKA Marien

née le 24 Janvier 1910 à Raciaz (Pologne)

11 FÉV. 1942

**CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA
LIGATURE DE LA VEINE ILEO-CÆCALE
DANS LA
PYOHEMIE DU MESENTERE**

Président : M. le Professeur H. MONDOR

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, Boulevard Saint-Germain

1942

50

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **KOZIEBRODZKA.**

Prénom : **Marien.**

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

KOZIEBRODZKA (Marien).

Contribution à l'étude de la ligature de la veine iléo-caecale dans la pyohémie du mésentère.

Paris, Librairie E. Le François, 1942, in-8°, p. 36.

(Thèse Méd. (Univ.), Paris, 1942 (n°).

KOZIEBRODZKA (Marien).

Contribution à l'étude de la ligature de la veine iléo-caecale dans la pyohémie du mésentère.

Paris, Librairie E. Le François, 1942, in-8°, p. 36.

(Thèse Méd. (Univ.), Paris, 1942 (n°).

KOZIEBRODZKA (Marien).

Contribution à l'étude de la ligature de la veine iléo-caecale dans la pyohémie du mésentère.

Paris, Librairie E. Le François, 1942, in-8°, p. 36.

(Thèse Méd. (Univ.), Paris, 1942 (n°).

KOZIEBRODZKA (Marien).

Contribution à l'étude de la ligature de la veine iléo-caecale dans la pyohémie du mésentère.

Paris, Librairie E. Le François, 1942, in-8°, p. 36.

(Thèse Méd. (Univ.), Paris, 1942 (n°).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

KOZIEBRODZKA Marien

née le 24 Janvier 1910 à Raciaz (Pologne).

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA
LIGATURE DE LA VEINE ILEO-CÆCALE
DANS LA
PYOHEMIE DU MESENTERE

Président : M. le Professeur H. MONDOR

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, Boulevard Saint-Germain

1942

LE DOYEN BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	GASTINEL
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie Médicale.	PASTEUR - VALLE- RY - RADOT
Pathologie chirurgicale	QUENU
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LÉVY-VALENSI
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	N...
	HARVIER.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINI
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	MONDOR
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	CADENAT
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	VELTER
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	PORTES
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	LEVEUF
Clinique oto-rhino-laryngologique	LOEPER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	BROCQ
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	TROISIER
Clinique cardiologie	MATHIEU.
	DONZELOT
Clinique d'Assistance Médico-Sociale	Clovis VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNEZ.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mile J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 JAYLE. Chimie

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 CHAILLEY-BERT , Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale
 HUGUENIN Anatomie-Pathol.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 LE LORIER Obstétrique.
 PIÉDELIEVRE ... Médecine légale.
 VANDESCAL Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL		de GAUDART	
LAROCHE (G.)...		d'ALLAINES..	
LIAN		MOULONGUET ...	
MOREAU		MOURE	
SÉZARY			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ECALLE			
VIGNES			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Educacion physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE.

A MON PERE.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE.

A MES FRERES ET SŒURS.

A MA FAMILLE.

A MES AMIS.

A Monsieur le Professeur MONDOR,

*Professeur de pathologie chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris.*

Chirurgien des Hôpitaux,

Officier de la Légion d'Honneur,

*qui veut bien nous faire l'honneur d'accepter la
présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien
trouver ici l'expression de notre respectueuse
reconnaissance.*

A MES MAITRES A L'ECOLE DE MEDECINE
DE BESANÇON

avec ma reconnaissance pour l'accueil bienveillant qu'ils ont bien voulu me réserver.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE NANCY

en hommage de profond respect et en souvenir des heures précieuses que j'ai passées lors de leur enseignement.

A Monsieur le Docteur JOUSSEMET,

A Monsieur le Docteur MOREAU,

A Monsieur le Docteur SEBILEAU,

A Monsieur le Docteur POISSONNIER,

Qui ont guidé mes premiers pas dans la voie de la Chirurgie avec patience et bonté et m'ont procuré auprès d'eux, à l'Hôpital Départemental de la Roche-sur-Yon, des possibilités de travail et d'étude. En souvenir de l'exemple de dévouement et d'abnégation qu'ils m'ont chaque jour donné.

I

Les abcès du foie survenant à la suite d'une appendicite ne sont pas exceptionnels dans la littérature. Déjà, DIEULAFOY en faisait une des variétés du « foie appendiculaire » et les comptait au nombre de ceux qui survenaient à la suite d'infections intestinales d'un ordre quelconque, dysentérique ou typhoïdique. Dans ce dernier cas, les auteurs anciens s'accordaient à reconnaître aux germes pathogènes deux portes d'entrée hépatique : soit l'artère hépatique, ainsi qu'il se produit dans les grandes infections septicémiques, variole, pneumonie, endocardite infectieuse, septicémie puerpérale, soit la voie ascendante portale.

WIDAL, dans les abcès hépatiques survenant au cours de la septicémie puerpérale envisageait la possibilité de pénétration des germes pathogènes dans le foie par voie veineuse sus-hépatique, en sens inverse du courant sanguin, et avait donné à cette pathogénie le nom d' « infection rétrograde ».

Les progrès de la bactériologie permirent progressivement, soit par l'examen de pièces opératoires, ou de prélèvement d'autopsie, soit par examen bactériologique de thrombus prélevés dans le système porte ou le système hépatique, de comparer la flore de ces pièces

avec celle des zones intestinales infectées ou des épanchements péritonéaux ou mésentériques et de préciser l'origine de ces abcès hépatiques, sinon d'en retracer avec exactitude le mode de formation.

Pendant de nombreuses années, on tenta d'attribuer pour certaines localisations particulières un rôle spécifique à telle ou telle veine abdominale, et en particulier à celles appartenant au réseau si richement vascularisé de la mésentérique inférieure.

BAUER, en 1909, soutenait la théorie de l'indépendance vasculaire des lobes du foie, et, dans les abcès hépatiques d'origine appendiculaire du lobe droit considérait que seule était en jeu la circulation veineuse cæco-appendiculaire.

Cette opinion, si elle était mise en doute par de nombreux auteurs, n'était cependant pas contestée d'une manière tellement affirmative, qu'elle ne permit à PAITRE, GIRAUD et DUPRET, en 1935, de la rappeler, tout en faisant des réserves, puisque dans la *Pratique Anatomico-Chirurgicale Illustrée*, ils écrivent à diverses reprises des considérations anatomiques de ce genre :

« Les branches veineuses, satellites des rameaux artériels confluent, à raison d'une veine par artère, vers l'angle iléo-cæcal, pour contribuer à la formation du tronc veineux, côlique inférieur, affluent de la veine grande mésaraïque.

« Le courant veineux cæco-appendiculaire conserverait, d'après quelques auteurs, une certaine indépendance dans la circulation porte, et un territoire presque

réserve dans l'éponge hépatique. On a voulu expliquer ainsi la localisation dans le lobe droit du foie des abcès d'origine appendiculaire : toutes réserves doivent être faites sur cette interprétation pathogénique » (*Pratique Anatomo-Chirurgicale Illustrée*, Abdomen, fasc. II, Doin, éditeur, 1935).

Plus loin, les mêmes auteurs écrivent : « Le territoire veineux du côlon droit, est superposable au territoire artériel. Deux ou trois veines côliques droites, formées par la confluence des arcades veineuses para-côliques viennent se jeter sur le flanc droit de la veine grande mésentérique. La veine côlique droite inférieure, ou veine iléo-côlo-bicæco-appendiculaire est formée par la réunion de ses cinq affluents.

« Si la propagation des infections du côlon et de l'appendice par voie veineuse est certaine, la localisation en des régions distinctes du foie des abcès dysentériques ou appendiculaires déterminée par des courants veineux, indépendante depuis leur origine jusque dans la grande hépatique, *reste du domaine de l'hypothèse* ».

Nous ne voulons pas ici entrer dans des considérations anatomiques sur l'irrigation vasculaire de la région mésentérique, qui échapperait quelque peu à notre sujet. L'oblitération proprement dite des vaisseaux mésentériques n'est pas non plus à envisager dans le problème qui nous intéresse. Sa terminaison presque fatale par infarctus intestinal est, dit le professeur GOSSET, un des chapitres les plus passionnants de la chirurgie, mais, ajoute le professeur MONDOR, aussi l'un des plus obscurs.

Nous avons voulu nous limiter dans ce travail qui couronne notre scolarité, à étudier, non le problème déjà classique des abcès du foie d'origine appendiculaire, mais un aspect particulier de cette éventualité clinique relativement fréquente dans une forme assez bénigne et heureusement assez rare dans son aspect grave, à issue fatale, ou à pronostic sombre et réservé.

Nous ne voulons envisager ici que les possibilités de diagnostic des cas de pyohémie du mésentère, susceptibles, au cours des appendicites ou après appendicectomie, de provoquer des abcès du foie, et les problèmes chirurgicaux que soulèvent de tels états infectieux.

Existe-t-il un moyen opératoire d'éviter cette complication de l'appendicectomie? Y a-t-il lieu, dans les cas où cette complication est reconnue, d'en éviter chirurgicalement les conséquences graves, souvent fatales? Certains auteurs, en particulier allemands, ont envisagé un protocole opératoire au cours de l'appendicectomie, devant certains cas bien délimités, qui serait susceptible d'enrayer la marche du processus, et agirait à titre prophylactique presque à coup sûr. Ils ont également basé, sur ce protocole, les réinterventions, lorsque la pyohémie mésentérique est diagnostiquée après appendicectomie. A notre connaissance, de telles interventions prophylactique ou curatrice n'ont pas encore été pratiquées en France. Notre seul but, dans le présent travail, aura été de tenter de les faire connaître, d'en discuter les possibilités et les avantages ou les dangers.

Le progrès en toutes matières n'est-il pas fait de l'application du conseil d'OSHIDA TUAMOTU : « Si ce que fait ton voisin est bien, efforce-toi de le copier... puis fais mieux ! »

Pour copier le voisin, il faut connaître son œuvre : nous ne prétendons à rien autre qu'à contribuer à cette connaissance-là.

II

Ainsi que nous l'avons dit, l'oblitération proprement dite des vaisseaux mésentériques n'est pas rare, et les phénomènes de thrombose de ces vaisseaux, s'accompagnant généralement d'une ischémie intestinale ou d'un infarctus donnent un tableau clinique d'une gravité constante.

Le diagnostic de cette thrombose des vaisseaux mésentériques inférieurs est théoriquement assez facile (MONDOR, Diagnostics urgents, abdomen), s'il est procédé à un examen approfondi du malade en recherchant cette thrombose. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et il se produit assez fréquemment que ce diagnostic n'est porté que *post mortem*, devant les constatations relevées au cours de l'autopsie.

Or, le processus pathogénique de ces thromboses était resté relativement obscur jusqu'à la description primitive de BRAUN rapidement suivie des observations de POLYA. C'est à ces deux auteurs que l'on doit la dissociation entre les thromboses purulentes et les thromboses non purulentes des vaisseaux du mésentère. La ligne de démarcation fort nette qu'ils ont tirée entre ces deux modes d'oblitération a permis de procéder à

l'étude rationnelle des phénomènes pathologiques entraînés par ces thromboses, et à suivre leur marche ascendante ou descendante dans le réseau veineux.

Ils ont montré que les thromboses non purulentes tirent leur origine d'un processus que les auteurs ont décrit comme « un refoulement pathologique de l'influx circulatoire à partir de la zone splénique, ou un processus réflexe dont le point de départ serait la zone péri-splénique, qui s'étendrait par contacts neuro-musculaires de voisinage, puis évoluerait par voie rétrograde, de la zone splénique en direction de la veine porte », alors que la thrombose purulente des vaisseaux mésentériques inférieurs, puis supérieurs, puis enfin du système porte, est « toujours consécutive à une infection de la zone péri-appendiculaire, péri-cœliaque, ou sub-splénique, en tous cas à une infection dont le point central pour ne pas dire le point d'élan du processus ascendant est le mésentère ».

Les termes utilisés par les divers auteurs diffèrent, mais le sens qu'ils attribuent à ces dénominations reste le même : BORCHARD décrit ces thrombus purulents comme « infection du mésentère »; BRAUN les intitule « pyohémie mésentérique », POLYA en parle comme d'une « septicémie mésentérique ascendante », BUERGER en fait une « mésentérite infectieuse hépato-pyogène », MARSHALL, aux Etats-Unis, en fait une « mesenteric sepsis with hepatic pyotic metastasis », enfin GOODALL décrit en 1939 une « Hepatic pyohemia of mesenteric origin ».

Toutefois, quel que soit le terme utilisé, les auteurs

s'accordent sur un point : la voie ascendante de l'infection, ce qui cadre avec les opinions des auteurs anciens que nous avons rapportées dans les pages qui précèdent, et la spécialisation de la veine iléo-côlo-bicæco-appendiculaire ou mésentérique en direction du foie. sans toutefois tomber dans l'erreur ancienne de la « spécialisation » à tel lobe hépatique de tel vaisseau abdominal.

Non seulement BRAUN, dans sa communication au Congrès Allemand de Chirurgie, précisait ainsi la voie ascendante de l'infection, mais encore il conseillait, par voie de conséquence, tant à titre prophylactique qu'à titre curatif, la ligature des veines iléo-céaliaques de côté avant le point d'entrée de ces veines dans les veines mésentériques supérieures, aucun phénomène ischémique ne devant se produire à la suite de cette ligature, par suite des suppléances circulatoires qui étaient susceptibles de s'établir dans ce territoire si richement vascularisé.

Toutefois, cette recommandation ne fut pas suivie d'exécution, ni de la part de l'auteur de la communication princeps, ni de celle de POLYA, son continuateur sur le plan théorique, en raison du petit nombre de cas qui peuvent se présenter en clinique chirurgicale courante et qui soient justiciables d'une telle procédure.

En effet, d'après la statistique de PETREN, il n'y aurait que 5 % des cas de mort après appendicectomie qui soient susceptibles d'être attribuées à une pyohémie du mésentère, ou à des abcès métastatiques du foie.

Quelques interventions furent tentées, surtout en Allemagne, en 1925 et 1929. Les résultats en furent désastreux (7 interventions secondaires, 5 morts). Il nous faut parvenir à 1929 pour trouver une première statistique de six cas opérés, avec *une seule guérison* publiée alors par le professeur HOHLBAUM.

L'auteur avoue, d'ailleurs, que les résultats décourageants qu'il avait rencontrés lors de ses premières tentatives, n'étaient pas faits pour l'inciter à renouveler une intervention dont l'issue était aussi régulièrement fatale.

Mais, d'autre part, écrit-il, « la terminaison n'en étant pas moins fatale dans la plupart des cas non opérés, on se trouve justifié à tenter une telle intervention dans l'espoir de pallier à un aussi sombre pronostic ».

Nous ne voulons pas ici prendre position dans un débat qui, depuis de nombreuses années, a donné lieu à des opinions aussi franchement contradictoires, sans jamais avoir fait naître d'autres conclusions que celles qui sont propres à la conscience individuelle du chirurgien lui-même, placé devant le dilemme : « Intervenir ou ne pas intervenir » ?

Nous voulons simplement rappeler que, en dehors de la statistique de PETREN, déjà citée, il n'existe à notre connaissance, sur la grave complication de l'appendicite dont nous nous occupons aujourd'hui, que celle du Russe ONKIN, dressée en 1938 à l'Hôpital Botkin : sur 1.692 cas d'appendicite, l'auteur ne put observer que 15 cas d'infection du mésentère, sur lesquels 6 seule-

ment furent diagnostiqués sur le vivant. Sur ces six cas, trois guérissent « après intervention ». Malheureusement, il ne nous a pas été possible de savoir à quel genre d'intervention ce chirurgien a eu recours. Quant à l'ensemble des 15 cas, ils aboutirent aux trois guérisons ci-dessus, à trois morts des cas diagnostiqués sur le vivant, soit en tout 12 morts et 3 guérisons.

Il nous faut, d'ailleurs, faire, à propos de ce travail d'ONKIN, les réserves les plus absolues : les termes utilisés par l'auteur russe manquent en effet de précision, et il est difficile de fixer s'il s'agit bien, en ce qui concerne les trois cas ayant abouti à la guérison, de thrombose purulente des veines mésentériques succédant à une pyohémie du mésentère, et répondant par conséquent aux cas faisant l'objet de notre étude, ou plus simplement de cas de thrombose du mésentère non purulente, désormais classique, qu'elle s'accompagne ou non d'infarctus intestinal.

Quoi qu'il en soit, en poursuivant l'étude de la littérature, nous ne trouvons, après le résultat heureux de HOHLBAUM, sur une série de six cas opérés, que les cas de :

BRUN : deux cas opérés, une guérison ;

WEITZEL : trois cas opérés, deux guérisons.

Par contre, AHL, rapportant un cas de pyohémie du mésentère dans lequel il proposa la ligature des veines iléo-cæcales, à titre de réintervention, et où celle-ci fut refusée, pratique l'autopsie du malade qui ne survécut pas à cette grave complication de l'appendicectomie.

C'est à propos de ce cas qu'il discute les indications et contre-indications de cette intervention ou réintervention, et c'est de ses conclusions ainsi que de celles de WEITZEL que nous désirons nous inspirer, pour les commenter et les discuter.

III

Si les signes de la thrombose des vaisseaux mésentériques sont aujourd'hui classiques, ainsi que nous l'avons déjà précisé, si le diagnostic, après un examen approfondi du malade, ne semble offrir aucune difficulté, la pyohémie du mésentère et sa complication par thrombus purulent et propagation à l'aire hépatique n'offre cependant pas de signes cliniques bien précis.

D'après BORCHARDT, HOHLBAUM et AHL, la palpation des régions abdominale et sub-hépatique ne peuvent donner aucun signe de certitude. C'est aux phénomènes généraux qu'il faut faire appel pour pouvoir asseoir un diagnostic de pyohémie du mésentère.

BORCHARDT attache une importance tout à fait particulière au grand frisson qui précède l'intervention sur l'appendice. « L'appendicectomie doit faire cesser les frissons », écrit-il, « et en particulier une appendicectomie précoce ». Il juge cependant que dans ces cas où l'intervention a été précédée d'un frisson, — qu'il s'agisse d'ailleurs du grand frisson solennel ou de frissons répétés à raison de deux ou trois dans les vingt-

quatre heures, — il est parfois nécessaire d'extérioriser le mésentère et d'en réséquer une étendue assez vaste dans la zone infectée. C'est là l'intervention « élargie » de MAYO-ROBSON que tant de chirurgiens se refusent à pratiquer, car elle serait susceptible par le traumatisme intense qu'elle inflige aux viscères abdominaux, de propager les germes infectants dans le système vasculaire loco-régional.

BORCHARDT a donc considéré ce frisson comme un véritable « signe d'alarme », et comme une indication opératoire majeure. Nous devons ici rappeler que, pour certains auteurs, ce frisson comporte également une autre signification.

En effet, PETREN et, à sa suite, BRUTT et quelques autres, ont considéré que ce frisson n'est plus un signe d'alarme, mais un signe « de danger terminal » (Endgefahr), car il n'apparaîtrait qu'au moment de la pénétration du thrombus infecté dans la circulation hépatique proprement dite, ou d'après les termes de BRUTT « dans les vaisseaux sanguins libres ». Mais il semble qu'il ne s'agit là que de phénomènes exceptionnels, et nous devons considérer que l'opinion de BORCHARDT répond à la majorité des cas.

Lorsque le frisson s'installe après appendicectomie, les différents auteurs déjà nommés, s'accordent à reconnaître qu'il s'agit, soit d'un signe d'alarme proprement dit, si l'intervention n'a pas été précédée elle-même d'un frisson prémonitoire, soit d'un signe de mauvais augure, si les frissons post-opératoires ne sont que la continuation d'un frisson pré-opératoire.

Devant le tableau clinique général, quelle doit donc être l'attitude du chirurgien ?

Cas sans frisson : Ces cas, ainsi que l'indique BORCHARDT, sont ceux qui posent les problèmes les plus délicats, tant de diagnostic que de décision opératoire. Toutefois, un mauvais état général, un pouls et une température élevés au cours d'une affection abdominale sans signes péritonéaux « peuvent » (et non « doivent ») faire penser à l'évolution d'une infection veineuse mésentérique. D'ailleurs d'après cet auteur ces cas restent généralement méconnus.

Cependant si le diagnostic était affirmé, il est évident que la ligature de la veine iléo-cæcale est indiquée, dans le but d'éviter une propagation de l'infection par voie ascendante dans le système porte.

Le diagnostic différentiel devra, toutefois, être recherché (si le malade se présente avec un aspect légèrement sub-ictérique) dans le sens de la cholangéite, l'intervention sur l'iléo-cæcale n'ayant aucune raison d'être dans un tel cas.

Cas avec frisson pré-opératoire : le professeur HOHLBAUM, BRUTT et d'autres auteurs signalent que dans tous les cas dans lesquels l'autopsie a confirmé l'existence d'un thrombus mésentérique infecté, avec ou sans propagation hépatique, le frisson pré-opératoire avait été constaté.

Il ne faudrait pas, cependant, tirer de là la conclusion que, dans tous les cas où un frisson apparaît avant une appendicectomie, la ligature des iléo-cæcales doit

être pratiquée systématiquement. Il s'agirait alors d'une exagération thérapeutique que les suites opératoires classiques viennent contremander. En effet, il existe d'innombrables cas de malades atteints d'appendicite, présentant un frisson pré-opératoire, chez lesquels l'appendicectomie a fait disparaître le frisson et les malades sont parvenus à la guérison sans reproduction du frisson et sans complications.

Par contre, MARTENS et HOHLBAUM considèrent que lorsqu'ils se trouvent en face d'une appendicite aiguë déjà vieille de deux ou trois jours, et qui s'est accompagnée de *plusieurs frissons*, l'intervention sur l'appendice doit être pratiquée d'urgence, et doit obligatoirement s'accompagner d'une ligature des iléo-cæcales. BRAUN, MARTENS, pratiquent d'ailleurs cette ligature comme *premier acte* de l'appendicectomie et signalent que l'intervention est facile, rapide, et qu'elle ne comporte aucun risque opératoire ni post-opératoire. En ce qui concerne l'ischémie éventuelle, en effet, une circulation de suppléance s'organise immédiatement dans le réseau si richement vascularisé et l'irrigation iléo-cæcale est normalement assurée.

Cas avec frisson post-opératoire : Si l'indication d'une réintervention semble ici formelle, on se heurte dans ces cas à un obstacle para-médical. Il est, en effet, fréquemment difficile de faire admettre à un patient ou à sa famille le principe d'une nouvelle intervention, celle-ci devant en général être pratiquée très peu de jours après l'opération primitive, chez un malade schocké et peu soucieux de remonter sur la table d'opé-

ration. C'est une des raisons qui a empêché que de telles interventions aient été pratiquées par le passé, et nous ne connaissons que celles de WILMS, NOSSEN, MARTENS, BRUTT (2 cas) et MELCHIOR. Nous avons vu que AHL, désirant sauver ainsi un de ses patients, se vit opposer un refus, et le malade mourut. Toutefois, sur ces six réinterventions, on n'a enregistré que deux succès.

L'un de ces deux succès n'est cependant pas absolument probant. MELCHIOR, en effet, réintervenant, ne trouve pas de thrombus dans la veine iléo-cæcale. Il la ligature cependant. Les frissons se reproduisirent encore deux fois après cette opération, et la guérison succéda à la fistulisation à la peau d'un abcès hépatique.

HOHLBAUM croit qu'un frisson unique post-opératoire n'est pas suffisant pour porter l'indication d'une réintervention avec ligature des iléo-cæcales. Il rappelle, en effet, que la formation des abcès hépatiques après infection intestinale ou mésentérique n'est pas univoque, et que nos connaissances sur ce point, si elles semblent nettes, ne le sont pas encore suffisamment.

Se basant sur de nombreuses autopsies, il confirme que la voie ascendante la plus « classique » des thrombus mésentériques aboutissant à la formation d'abcès hépatiques passe par les veines iléo-cæcales, il n'en reste pas moins que cette voie n'est pas la seule qui puisse conduire l'infection vers les veines hépatiques et l'un ou l'autre lobe du foie.

Des abcès situés au-dessous de la dernière circonvolution iléale peuvent, sans passer par l'iléo-cæcale, ame-

ner l'infection au niveau de la naissance de la mésentérique supérieure. Les abcès du mésocôlon, ou du segment hépatique de la veine porte peuvent se rompre directement dans la veine mésentérique supérieure ou dans la veine porte, ou provoquer une thrombose de ces veines.

SCHONE a rapporté un cas dans lequel, à la suite d'un abcès du Douglas succédant à une appendicite, une phlébite ascendante gauche se fraya une voie par la veine hémorroïdale supérieure, la mésentérique inférieure, la veine porte et aboutit à la formation d'abcès hépatiques multiples.

Il importe donc de conserver ces possibilités pathogéniques à l'esprit, et de ne pas systématiquement conclure à la nécessité de la ligature des iléo-cæcales.

En chirurgie, plus encore qu'en médecine, le « système » est un danger, parce qu'il réduit à des indications schématiques, des indications qui doivent être essentiellement individuelles, particularisées.

Nous devons terminer ce chapitre en rappelant qu'en dehors des manifestations générales signalées ci-dessus, ou des signes généraux classiques des infections du mésentère, on a observé dans des cas de pyohémie ou de thrombus du mésentère des troubles d'ordre nerveux ou mental, qui ont réalisé le tableau clinique connu sous le nom de « coma hépatique ». WEITZEL croit que dans des cas de ce genre la ligature des iléo-cæcales s'impose, mais l'expérience manque encore en clinique chirurgicale à ce sujet.

IV

Nous voudrions ici rapporter l'essentiel de quelques-unes des observations qui nous ont paru les plus probantes, parmi celles que nous avons pu consulter dans la littérature.

CAS DU PROFESSEUR HOHLBAUM

Ainsi que nous l'avons indiqué, il s'agit de 8 cas observés à la clinique Payr, opérés par le professeur lui-même ou l'un de ses assistants, avec sept cas de mort post-opératoire.

Dans six cas, il s'agissait de malades chez lesquels le début de la maladie remontait déjà à plusieurs semaines, et même à plusieurs mois. Tous ces cas avaient été diagnostiqués cliniquement comme abcès du foie.

Dans tous ces cas, les signes d'appendicite antérieure ne purent être retrouvés malgré examen approfondi de la région iléo-cæcale, et on dut se contenter des déclarations des malades eux-mêmes. Des interventions furent pratiquées, dirigées contre ces abcès hépatiques : un ou plusieurs abcès furent incisés et drainés. A la mort des malades, l'autopsie révéla la présence d'abcès multiples du foie, localisés indifféremment à l'un ou à

l'autre lobe. D'autre part, la veine porte, la mésentérique supérieure et les veines iléo-cæcales furent trouvées emplies de thrombus purulents. L'appendice ne montrait plus aucun signe d'inflammation récente.

Dans sept cas, une intervention fut pratiquée sur les veines iléo-cæcales, douze jours après l'appendicectomie, en raison de la répétition de grands frissons, les premiers étant apparus dans la plupart des cas dès le troisième jour post-opératoire. Dans tous ces cas, lors de la réintervention, on constata que les thrombus avaient déjà pénétré jusque dans la veine porte. Ces interventions furent toutes trop tardives, et l'auteur explique ce fait en raison de la répugnance que montrèrent les malades à accepter une seconde opération, bien qu'on leur montrât l'urgence de celle-ci, et les conséquences que l'abstention pourrait avoir sur leur pronostic vital.

OBSERVATION DE SUDECK ET MAYO ROBSON

Les auteurs se sont trouvés en présence d'un appendice infecté prolapsé. Ils ont procédé immédiatement à la ligature de la mésentérique supérieure, ce qui, à notre sens, est une intervention héroïque, avant de procéder à l'appendicectomie. Ils durent intervenir par ligature centrale, l'extrémité du thrombus étant déjà engagée dans la mésentérique supérieure. Ce cas a été suivi d'une guérison sans histoire.

OBSERVATION N° 8 DE HOHLBAUM

Il s'agit d'un malade de 7 ans atteint d'appendicite

aiguë, ayant présenté une série de frissons dès les premiers signes d'appendicite. A l'intervention on trouve un appendice non gangréneux, empyémateux, prolabé. Les veines propres des artères mésentériques adjacentes sont déjà thrombosées. Ablation des mésentériques. Trois jours plus tard, nouveau frisson. Avec le consentement des parents, réintervention. Ligature de la veine iléo-cæcale à la moitié inférieure, vide de thrombus à cet endroit, mais thrombosée à sa partie inférieure. Après incision au-dessous de la ligature, on extrait un thrombus de 4 cm. 1/2. Tamponnement, drainage. Les frissons cessent. Toutefois, quelques jours plus tard, ascension thermique à 40°, sensibilité hépatique à la pression. Courbe leucocytaire à 28.000. Troisième intervention : ouverture au bistouri électrique d'un abcès hépatique intraparenchymateux. Drainage. Amélioration rapide. Guérison.

Ce cas montre que la ligature de la veine iléo-cæcale arrêta immédiatement le développement de nouveaux thrombus, ce que la disparition des frissons confirma cliniquement. Mais, au moment de la ligature l'abcès hépatique était déjà formé, et heureusement était solitaire. On peut affirmer en l'occurrence que, sans la ligature de l'iléo-cæcale au lieu de cet abcès unique, on aurait assisté à la formation d'abcès multiples, et l'issue de ce cas eût été inexorablement fatale. Un tel cas plaide donc mieux que toute autre considération en faveur d'une intervention précoce, dès l'apparition des signes d'alarme que constituent les frissons post-opératoires. La marche ascendante de l'infection est telle-

ment rapide que tout délai correspond à l'abandon des seules chances de succès que l'on possède pour arrêter l'évolution d'un tel processus pathologique, contre lequel, une fois installé, il n'existe pratiquement plus de moyen d'action.

CAS DU DOCTEUR AHL

Il s'agit d'un homme de 40 ans opéré pour appendicite au quatrième jour de la crise. Le malade est légèrement ictérique, et l'on pense à une cholécystite, mais les signes appendiculaires sont au premier plan du tableau. Appendice nécrosé. Léger exsudat dans le Douglas, pas de pus. Suture immédiate. Suites opératoires légèrement fébriles, à allure infectieuse. Apparition des frissons le onzième jour, abdomen mou, globuleux. Légère zone rigide sous-ombilicale. Légère aggravation de l'ictère le septième jour. La ligature des iléo-cæcales proposée est refusée par le patient et par sa femme. Apparition brusque d'un état d'agitation motrice, succédant à une légère prostration. Rictus sardonique. L'agitation s'aggrave. Morphine à petites doses. Mort en quelques heures : collapsus cardiaque.

A l'autopsie, pus fortement épaissi dans les veines mésentériques. Nombreux abcès intra-hépatiques, en particulier dans la zone médiane à proximité de la veine porte hépatique. Pas d'autres lésions viscérales.

Diagnostic : Thrombophlébite purulente des vaisseaux mésentériques après appendicite. Thrombophlébite de la veine porte. Nombreux abcès hépatiques.

Devant ce cas, le Docteur AHL conclut qu'on eût dû, en l'occurrence et bien que le malade se fût montré sub-ictérique au moment de l'intervention, pratiquer immédiatement la ligature des veines iléo-cæcales, à la fin de l'appendicectomie, car on eut pu ainsi arrêter l'évolution de la maladie. Pratiquée au moment où elle fut préconisée, il est probable qu'elle eût été sans valeur, mais méritait cependant d'être tentée. « N'y aurait-il qu'une chance de salut, si précaire soit-elle, elle doit être saisie. Il vaut mieux risquer de ne pas réussir une opération que de risquer de ne pas sauver un malade dont cette opération aurait pu assurer la survie ».

CONCLUSIONS

1) Nous avons voulu étudier et commenter l'intervention préconisée par certains auteurs, et consistant en une ligature de la veine iléo-cælio-bicæco-appendiculaire dans les cas de pyohémie du mésentère, en vue d'arrêter l'évolution du processus thrombosant, aboutissant à des abcès hépatiques multiples.

2) Nous avons cherché à montrer, au point de vue du diagnostic, quels sont les signes de probabilité :

a) En l'absence de frisson : état fébrile infectieux au cours d'un syndrome abdominal sans symptomatologie péritonéale;

b) En cas de frisson préopératoire : répétition du frisson dans un état appendiculaire remontant à 48 à 72 heures. Ce frisson doit, en principe, cesser avec l'appendicectomie, avec ou sans exclusion d'une portion du mésentère;

c) En cas de frisson post-opératoire : état subfébrile ou fébrile, avec ou sans sub-ictère, frisson répété et état infectieux.

3) Nous avons discuté les indications opératoires,

d'après les divers auteurs qui ont tenté cette intervention :

a) En cas d'absence de frisson : on doit penser à la ligature de la veine iléo-cæcale, sans faire une application systématique de cette procédure ;

b) En cas de frisson pré-opératoire : si l'extériorisation du mésentère laisse suspecter un processus thrombosant, la ligature de la veine iléo-cæcale, suivie ou non de l'incision exploratrice de la partie basse du vaisseau, est à recommander. Une telle intervention arrête l'évolution du processus thrombosant, et, dans le cas où un abcès hépatique serait déjà constitué, évite l'apparition d'abcès multiples disséminés ;

c) En cas de frisson post-opératoire : la réintervention s'impose d'une manière aussi précoce que possible, rendue souvent difficile par l'absence de consentement du patient.

4) Les résultats opératoires obtenus jusqu'ici sont peu favorables, en raison de :

a) Le diagnostic, généralement mal porté ou non porté ;

b) Le désir d'éviter l'extériorisation viscérale exploratrice au cours de l'appendicectomie par crainte de favoriser la diffusion de l'infection ;

c) Le diagnostic post-opératoire trop tardif rendant la réinterventions sans effet favorable.

5) Il importe, toutefois, de conserver présente à l'es-

prit la possibilité d'une telle ligature de la veine iléo-cæcale, qui, dans des cas à pronostic fatal, peut permettre d'arrêter la marche ascendante inexorable de l'infection.

VU : *Le Doyen :*

BAUDOUIN.

VU : *Le Président :*

MONDOR.

VU : *Le Recteur de l'Académie de Paris :*

GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- AHL. — Kasuistischer Beitrag zur Diagnostik der mesenteriiellen Sepsis. — *Zbltt. f. Chir.*, 66, 1273-1275, 10 juin 1939.
- BARNES (W. P.). — Report of case : acute suppurative appendicitis complicated by multiple liver abscesses. — *Virginia M. Monthly*, 62, 511-513, décembre 1935.
- BAUER (A.). — L'indépendance vasculaire des lobes du foie et les abcès hépatiques d'origine appendiculaire. — *Progrès Médical*, 1909, XXV, 393-399.
- BRAEUNIG (K.). — Die Unterbindung der Vena ileocolica. — *München. Med. Wchnschr.*, 1921, LXVIII, 1115-1117.
- BRUTT (E.). — Ligatur der V. ilea-colica bei Mesenterialersepsis. — *Charité Lazarett Behdluugn*, 1932, p. 417.
- BUCURA. — Zur Frage des puerperalen mesenterial Gefäßverschlusses und der allgemeinen Thrombosenätiologie. — *Wien. Klin. Wchnschr.*, 1922, XXXV, 918; *Arch. f. Gynaek.*, 1923, CXIX, 275-304.
- CHIRIÉ. — Appendice avec pyéléphlébite et abcès du foie. — *Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 1910, p. 496.
- COSSIO (A.). — Sopra un caso di tromboflebite del mesentere. — *Ann. di Med. Nav. e Colon*, 44, 559-568, novembre-décembre 1938; *an. in. Jl. de Chirurgie*, t. LIV, septembre 1939.

- DARGEIN et PLAZY. — Deux cas de thrombo-phlébite des vaisseaux mésentériques. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, LIV, 1315-1317, 21 juillet 1930.
- FERRARI, HOUEL et JAHIER. — Infection puerpérale post-partum. Hystérectomie abdominale subtotale. Thrombophlébite pelvienne. Ligature des deux veines iliaques primitives par voie sous-péritonéale. Guérison. — *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, LIV, 1360-1365, 15 décembre 1928.
- FINUCCI (V.). — Su di un caso di tromboflebite mesenterica post-operatoria. — *Ann. Ital. di Chir.*, 10, 1447-1470, 31 décembre 1931.
- HELD (I. W.) et GOLDBLOOM (A. A.). — Three rare intra-abdominal cases (Thrombo-phlebitis mesenteric). — *S. Clin. North America*, 14, 389-405, avril 1934.
- HURIEZ (C.). — Les abcès du foie d'origine appendiculaire. — *Echo Méd. du Nord*, XXXIV, 145-161-174, 1930.
- LAPOUBLE (J.-A.-M.). — Etude sur les abcès du foie d'origine appendiculaire. — *Thèse Bordeaux*, 1905.
- LIDSKIY (A. T.). — Pyohémie mésentérique, complication de l'appendicite. — *Vestnik Khir.*, 44, 240-250, 1936.
- MARTENS (K.). — Zur Mesenterialer-pyohämie. — *Wien. Chir. Arzt*, 1930, XXV, p. 18.
- MAZZARELLI (M.). — Sull'infarto intestinale (caso fatale). — *Riforma Med.*, 50, 1805-1814, 20 novembre 1934.
- MELCHIOR (E.). — Über erfolgreiche sekundäre Ausführung der Braunschen Operation (Ligatur der Vena ileocolica) bei post appendicitischer Thrombophlebitis mesaraica. — *Zbltt. f. Chir.*, 54, 3083-3084, 3 décembre 1927.
- Zur ligatur der V. ileocolica. — *Verhandl. d. Dtschr. Chirurg. Behandlung*, 1930, IX, p. 657.
- Über thrombophlebitische appendizitis. — *Anadolu Klin.*, 7, 25-28, 1939.

- PAITRE (F.), GIRAUD (D.) et DUPRET (S.). — Veine iléo-côlique
— *Pratique Anatomo-Chirurgicale Illustrée.*, Abdomen,
fasc. II, Doin, édit., 1935.
- PROUST et MAURER. — Contribution à l'étude de la ligature des
veines iliaques internes. — *J. de Chir. Paris*, 1924.
- ROSENGVIST. — Pyémie mésentérique en rapport avec l'appen-
dicite. — *Nord. Méd. (Hygica)*, 8, 2159-2162, 23 no-
vembre 1940.
- STEARNS (R. J.). — Appendicitis, complicated by thrombophle-
bitis of mesenteric veins with abscesses, case. — *Nebraska*
M. J., 20, 6-7, janvier 1935.
- STOIA (I. C.) et STANCIULESCU (P.). — Absès hépatiques post-
appendiculaires propagés par voie lymphatique. — *Spi-
talul*, 54, 451-454, novembre 1934.
- TAYLOR (K. P. A.). — Pulmonary emboli following infection of
varicose vein. Control by ligation of external iliac vein. —
Am. J. Surg., 45, 145-157, juillet 1939.
- KILMS (Y.). — On mesenterial-sepsis. Diagnosis and therapy. —
Ann. Meet. Am. Surgeons, Chicago, 1939, p. 454.

